



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN
FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
Y DE APOYO A LA GESTIÓN

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 5
FECHA: 2024-09-09

DATOS DEL CONTRATISTA						
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-08-2025)						
NOMBRES Y APELLIDOS:	DIANA CAROLINA BAEZ			CC:	1026251941	
CORREO ELECTRÓNICO:	DIANACPAT@HOTMAIL.COM			TELÉFONO:	3144265719	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 19 ESTE 35 36			CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BBVA COLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	0633197272	
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº DEL CONTRATO:	PS 5429 2025	Nº CDP:	2516	Nº. RP:	0	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: CINCO (5) MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/05/13	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/09/30			
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/08/01 AL 2025/08/31					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 2.733.720					
<div> DIANA CAROLINA BAEZ PS_5429_2025_8F2FD1</div> <div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: DIANA CAROLINA BAEZ CC: 1026251941 CEL: 3144265719</div>						



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN
FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN

CÓDIGO:
AP-IA-FT-077
VERSIÓN: 2
FECHA: 2025-06-09

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y			
DIANA CAROLINA BAEZ			
CON C.C N°		1.026.251.941	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROMOTOR DE BIENESTAR PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. PARA EL CONVENIO SED 7827009 2025		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 5429 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/05/13
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 4.465.076	No. HORAS EJECUTADAS	0
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 10.570.384	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.733.720
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CINCO (5) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD PRIMERO DE MAYO		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LORENSA BECERRA CAMARGO		
ITEM	II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)		
1	Realizar actividades de promoción y prevención, estilos de vida saludable y acompañamiento en tiempos establecidos en la IED Francisco de Paula Santander.		
2	Actuar como apoyo ante las situaciones críticas que requieran la intervencion del equipo OCE de la SED		
3	Fomentar estilos de vida saludable mediante programa de estrategias pedagógicas, líneas pedagógicas en cada una de las IED asignadas		
4	Se realiza reporte diario en el link de Edusitio con actividades desarrolladas, se cargan en el drive evidencias fotográficas y plan de trabajo semanal		
5	Se realiza apoyo a primer respondiente en caso de accidentes escolares y acorde a lo establecido en la ruta de accidentes escolares de la SED		
6	Se entrega en la institución educativa informe de las actividades cuantitativas y cualitativas del mes de agosto		
7	Para el mes de agosto el cumplimiento es de 75 actividades con reporte de video y planeacion proyecto experiencia significativa		
8	Se participa en los espacios de comités de gestión de riesgo y emergencias escolares convocados por las IED a demanda.		
9	Se realiza reporte diario de las actividades desarrolladas en cada sede y jornada en planilla de firmas y planillas Drive del convenio y enlace de SED		
10	se realiza apoyo a jornadas educacativas y de salud referentes a Tamizaje talla y peso y jornadas de vacunacion segun demanda		
11	Acompañamiento a casos reportados y notificación al componente de vigilancia epidemiológica del mes de agosto		
III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS			
SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.			
ITEM	CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS	SI	NO
1	¿El contrato se encuentra debidamente legalizado?	X	
2	¿El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades?	X	
3	¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?	X	
4	¿Que el contratista da cumplimiento a sus obligaciones frente a los aportes al sistema de seguridad social y de parafiscales, tal como exige el artículo 50 de la Ley 789 de 2002?	X	
5	¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?	X	
Teniendo en cuenta lo anterior y conforme a la clausula "Forma de Pago, CERTIFICO el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (2025-08-01) AL (2025-08-31)			
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 9489439057	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	2025/08/13	\$ 178.200
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/08/13	\$ 228.000

RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/08/13	\$ 34.800
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 441.000
V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA			
1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.			
2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ibc se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningun caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a eps, arl, pension, rut)			
3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .			
4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.			
VII. ANEXOS			
(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)			
Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente			
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	<div><div>DIANA CAROLINA BAEZ</div><div>PS_5429_2025_8F2FD1</div><div>DIANA CAROLINA BAEZ</div><div>CC: 1026251941</div></div>		
FIRMA DE QUIEN VALIDA	<div><div>OLGA LUCIA LOPEZ TAPIAS</div><div>PS_5429_2025_8F2FD1</div><div>OLGA LUCIA LOPEZ TAPIAS</div><div>SUPERVISOR ALTERNO</div></div>		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	<div><div>LORENSA BECERRA CAMARGO</div><div>PS_5429_2025_8F2FD1</div><div>LORENSA BECERRA CAMARGO</div><div>SUPERVISOR DEL CONTRATO</div></div>		

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 1026251941		BAEZ DIANA CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 19 ESTE N36-35	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3144265719	SI	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-07	2025-07	1000001121	9489439057	I	2025/08/12	2025/08/13	BANCO DE BOGOTA	1	\$441,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																						
EMPLEADO					PENSION			SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700			\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700			\$0	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700			\$0	
1	CC 1026251941	BAEZ DIANA	25-14	30	\$1,423,500	\$227,800	EPS010	30	\$1,423,500	\$178,000	0		\$0	\$0	14-11	30	\$1,423,500	\$34,700	0		\$0	
Total Afiliados (1)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700			\$0	

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1026251941		BAEZ DIANA CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 19 ESTE N36-35	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3144265719	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-07	2025-07	1000001121	9489439057	I	2025/08/12	2025/08/13	BANCO DE BOGOTA	1	\$441,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$227,800	\$200	\$0	\$228,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$227,800	\$200	\$0	\$228,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$34,700	\$100	\$0	\$34,800
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$34,700	\$100	\$0	\$34,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$178,000	\$200	\$0	\$178,200
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	\$178,000	\$200	\$0	\$178,200
TOTAL				1	\$440,500	\$500	\$0	\$441,000